

**MIGRATION ET SANTE :  
LES HAITIENS EN GUYANE FRANCAISE**

---

Paul BROUSSE\*, Jean BENOIST\*

---

Les changements de la société française consécutifs à l'arrivée d'un nombre important d'immigrants sont multiples. Ils ne se bornent pas à l'effet direct de l'arrivée de nouveaux individus ; ils remanient la société globale elle-même, en lui donnant un nouveau visage et des structures inédites. Comme l'a écrit fort bien François Raveau (1985): "Cela nous rapproche du modèle nord-américain, d'une société multiculturelle au sein de laquelle pègrinent diverses minorités. Le temps de produire la contrepartie française de "l'Amérique des Ethnies" de T. Sowell nous paraît venu. Cet effort en vue d'une approche globale des minorités reconnues comme telles dans les domaines politiques, économiques, criminologiques, sociologiques et anthropologiques est indispensable".

Là plus qu'ailleurs les concepts de l'écologie humaine peuvent être utiles, à condition d'être maniés avec prudence, de façon à éviter les sursimplifications dans lesquelles s'est enfermée autrefois l'Ecole de Chicago. Mais se référer à elle, qui a apporté certaines de ses contributions les plus intéressantes en étudiant le fait migratoire, montre que l'analogie des problèmes appelle celle des démarches, à condition de tenir compte des progrès intervenus depuis et de ne pas être prisonnier de perspectives trop étroites.

L'orientation à prépondérance biologique et médicale des chercheurs qui travaillent au Laboratoire d'écologie humaine les a conduit à faire porter leur attention de façon privilégiée sur les rapports de la migration avec la dynamique de populations qui sont à la fois des parties d'une société et des sous-ensembles humains porteurs d'un

\* Laboratoire d'Ecologie Humaine - Université d'Aix-Marseille III.

patrimoine biologique. Populations qui possèdent aussi leurs propres relations avec l'univers de la maladie, qu'il s'agisse de la façon dont celle-ci les atteint ou des moyens auxquels elles recourent pour lui faire face. Vaste programme, dont ce qui est présenté ici ne touche qu'une face, celle des aspects les plus biomédicaux de la pathologie.

Que la Guyane soit concernée par ce qui a été noté au début de ces pages sur le devenir de la société française, comment en douter ? Non pour des raisons qui tiennent à son statut administratif de département français, car un statut n'implique nullement une identité, mais par l'effet de circonstances, qui découlent d'ailleurs largement de ce statut. En devenant département français, et avec un décalage qui a tenu à bien des retards administratifs, la Guyane est entrée, comme les Antilles et la Réunion dans une nouvelle phase de son histoire sociale. Peu à peu, puis de façon accélérée depuis les années 1970, la pyramide sociale a été remodelée sous l'effet des transferts économiques liés à la départementalisation. L'amplification des services, la disponibilité dans les ménages de ressources croissantes ont installé là comme dans les autres DOM cette "société industrielle sans industrie", fondée sur les transferts qui caractérise maintenant les effets sociologiques de la départementalisation.

Au sein de l'environnement caraïbe et sud-américain, la Guyane a ainsi joué le rôle de pôle d'attraction que les pays industriels jouent ailleurs, à une plus vaste échelle. Là comme ailleurs, la pression des originaires des pays voisins, en quête d'emplois, a trouvé dans la société locale le relais de ceux qui étaient intéressés à la venue de ce "cheap labour" disposant de peu de droits et de protection sociale. Migrations venues du Brésil, de Surinam, mais surtout d'Haïti, et qui concourent à donner à la Guyane aussi ce visage évoqué plus haut pour la France d'une "société multiculturelle au sein de laquelle pègrinent diverses minorités".

Les Haïtiens de Guyane sont nombreux, plus de 20 000 semble-t-il, soit plus d'un cinquième de la population et leur situation souvent difficile. Ce n'est pas seulement en Guyane qu'ils subissent des condi-

tions de travail et de vie que les populations des pays d'accueil de la Caraïbe jugeraient peu acceptables pour elles-mêmes (Bonniol et coll. 1985). En Guyane, cette population d'arrivée relativement récente en provenance d'un pays particulièrement pauvre, souvent clandestine au regard de la loi, dispose de peu de structures locales d'accueil. Elle combine divers facteurs de risque face à la maladie, et peut se trouver dans la situation si classique chez les migrants d'une mauvaise utilisation des services sociaux ; ceux-ci sont ou bien sous-utilisés en matière de santé, ou bien utilisés à des fins plus économiques que sanitaires.

Comme tous les migrants les Haïtiens posent par leur hétérogénéité par rapport à la population locale des questions au niveau de la santé publique. Questions bien souvent sans réponse, parce qu'elles restent latentes, muettes, et n'accèdent pas à la pleine lumière pour diverses raisons qui tiennent tant à l'inertie des structures qu'à la difficulté qu'il y a toujours à percevoir des différences. Faute de moyens adéquats d'observation, un simple dénombrement des migrants se heurte déjà à des difficultés techniques pratiquement insurmontables en raison de la nature des sources (Picouet, 1985). Ce n'est que par le recoupement d'informations d'origines diverses et au prix d'un lourd travail que l'on peut espérer quelques résultats dignes de confiance.

Il en va de même à plus forte raison lorsqu'il s'agit d'aborder un domaine qui porte en lui-même autant de causes d'erreur que celui de la santé. L'approche doit combiner plusieurs voies : dépouillement de dossiers et de statistiques, interview de soignants, enquêtes sur échantillons, études de cas, observations intensives et participantes au sein de la communauté migrante.

La recherche sur la santé dans une population migrante recoupe à la fois les problèmes qui se posent au médecin praticien, et ceux que pose l'anthropologue médical. Car la maladie est :

- . un phénomène individuel et collectif que les médecins tentent de prendre en charge.
- . un ensemble de faits qui reçoivent la marque d'une culture

particulière, et que la migration présente aux membres (population comme soignants) d'une société d'accueil. A cet interface peuvent apparaître bien des distorsions de la perception et bien des incompréhensions.

- . des menaces et des risques ressentis par les migrants, interprétés, prévenus ou soignés par eux selon leurs connaissances propres.

Les diagnostics, les traitements et d'une façon générale les prises de décision des uns des autres (migrants comme responsables spécialisés au sein de la société d'accueil) n'ont pas, de ce fait la clarté que peuvent imaginer les uns ou les autres. En traversant l'interface socio-culturelle, leur itinéraire subit des inflexions, qu'il nous appartient d'essayer de comprendre.

Ainsi la mise en perspective qui s'impose pour cette dimension "santé" de la migration implique-t-elle d'une façon générale, et en particulier dans le cas des immigrés haïtiens en Guyane, qu'il soit tenu compte :

- a. de la pathologie, organique ou mentale, dans ses divers aspects, telle qu'une communauté migrante la révèle. Il est classique, comme le rappelle un récent rapport sur la santé des migrants (Gentilini et coll., 1986) de distinguer à ce niveau une pathologie d'apport, une pathologie d'acquisition et une pathologie d'adaptation. Ces catégories, tout en ayant une réelle valeur opératoire ne répondent toutefois pas à la complexité des liens entre pathologie et migration, car les faits se chevauchent souvent.

La recherche en ce domaine s'appuie sur les observations médico-hospitalières et sur les documents relatifs à la santé publique. Elle tient compte également du mode d'utilisation des services médicaux curatifs ou préventifs.

Cet article est essentiellement consacré à un premier bilan dans ce domaine.

- b. du versant moins accessible, où le quotidien de la maladie est géré par la société migrante. Là se trouve l'origine des prises de décision. La perception de la santé et de la maladie, l'expression

des besoins, sont la source de comportements que la société d'accueil comprend mal. D'autant plus que la culture d'origine des migrants se combine à leur position marginale dans cette société pour donner une forme particulière à certains aspects de l'expression de leur pathologie. Très nette en matière de pathologie mentale, cette interférence de la culture et de la position sociologique avec les formes de la maladie et avec la conduite de l'entourage existe aussi dans des domaines où un observateur peu averti l'attend moins : symptomatologie de maladies organiques, choix thérapeutiques, relations entre état de maladie et pratique d'un travail etc... C'est par une plongée au sein de la communauté migrante, et avec son appui actif que peuvent être trouvées les clés nécessaires au décryptage des faits socio-culturels qui interviennent dans l'expression socialisée de la maladie.

## **I - LE CONTEXTE : l'infrastructure sanitaire**

Département français, la Guyane possède l'essentiel de l'infrastructure qui peut exister sur le territoire national. Toutefois ses particularités, notamment en dehors des centres urbains, ont conduit à la pérennisation de quelques structures héritées de l'époque antérieure.

### **Les ressources médicales**

**Le secteur hospitalier se répartit comme suit :**

- Cayenne : Centre Hospitalier, 3 cliniques privées
- Kourou : Centre Médico-chirurgical
- Saint Laurent : Centre Hospitalier

Dans le domaine hospitalier, le problème immigré est au centre d'un débat.

#### **1) la création du nouvel Hôpital de Cayenne :**

- les travaux ne pourront commencer qu'après expulsion des habitants du quartier Eau Lisette (immigrés Haïtiens pour la plupart) qui devraient être relogés à plusieurs kilomètres de là à Matoury, ce relogement de 500 personnes s'effectuant avec financement de

l'Etat. Le terrain devrait être libre en 1987.

- actuellement les immigrés représentent 34% des entrées du Centre Hospitalier de Cayenne. Le nombre futur de lits ne devrait théoriquement pas être augmenté, du fait de la fermeture prévue de l'Hôpital Saint Denis, mais des voix s'élèvent : le nouvel hôpital n'est-il pas fait pour les immigrés qui n'ont pas de statut et dont rien ne garantit la pérennité? A terme n'assistera-t-on pas à la désertion du Centre Hospitalier ? D'autre part, les Guyanais fréquentent moins le Centre Hospitalier en raison de la présence importante d'immigrés, mais si le nombre de lits n'est pas augmenté, les Guyanais iront-ils vers un nouvel établissement où le pourcentage d'immigrés serait identique à celui de l'ancien ?

2) l'Hôpital de Saint Laurent du Maroni. Sa fréquentation est grande de la part des immigrés essentiellement de Surinamiens : elle atteindrait 50%, avec des retombées budgétaires graves.

La **médecine libérale** compte 59 médecins sur les 116 présents en GUYANE, avec une forte concentration urbaine.

La couverture sanitaire a nécessité à côté d'une médecine de type métropolitain (hospitalière + libérale) une **médecine "de secteur"** (succédant à la médecine militaire) qui couvre l'ensemble du territoire : 8 secteurs totalisent une trentaine de dispensaires polyvalents et 5 dispensaires spécialisés (PMI, dispensaire anti-tuberculeux, dispensaire anti-hansénien, anti-vénérien et hygiène mentale). Tous secteurs confondus, 93 médecins vivent à Cayenne, 8 à Kourou, 5 à Saint Laurent ; 10 seulement se partagent le reste de la Guyane.

Jusqu'à une période récente, le pouvoir exécutif en matière de santé revenait à la DDASS. Mais, depuis la loi de décentralisation il appartient au Conseil Général (Janvier 1986). Cette redistribution des compétences a ouvert une vive polémique anti-DDASS de la part de certains élus locaux qui préconisent la création de centres de santé intégrés. On peut se demander quels médecins libéraux iront s'installer au coeur de la Guyane alors que la majorité des praticiens actuels optent pour la ville. Dans le cadre d'une redistribution des compétences,

le Conseil Général a retiré aux dispensaires polyvalents de secteur les visites médicales nécessaires à la régularisation des immigrés ainsi que la prise en charge financière de celles-ci et des examens complémentaires.

## **II - SANTE ET PATHOLOGIE DES MIGRANTS**

La classification en pathologie d'apport, d'acquisition et d'adaptation a quelque intérêt, mais elle prête à confusion lorsque les pathologies diffèrent selon les ethnies et même selon l'origine sociale des migrants.

Nous nous bornerons donc ici à une revue de divers problèmes en faisant apparaître autant que possible les spécificités ethniques.

### **a) anémies..**

Leur étiologie n'est pas univoque et elle fait intervenir les parasitoses intestinales, les problèmes nutritionnels (carence en fer et en protéines) et les hémoglobinopathies.

Dans les dispensaires, le déparasitage est systématique mais si les résultats sont relativement bons chez les Haïtiens avec diminutions de l'anémie, les Brésiliens, du fait de voyages vers leur pays d'origine se réinfestent.

### **b) ankylostomes, anguillules et ascaris.**

Le problème parasitaire est mal évalué en Guyane contrairement à la Guadeloupe et à la Martinique. Il semble toutefois que les parasitoses soient plus fréquentes chez les Brésiliens que chez les Haïtiens, et de toute façon liées aux conditions de vie précaires notamment en milieu urbain. Un facteur important de parasitoses digestives chez l'enfant serait une certaine pratique de la géophagie, surtout chez les Haïtiens.

### **c) le paludisme.**

Il pose un problème intéressant car si l'incidence a grandement augmenté depuis 1978 (232 cas déclarés en 1978, 829 en 1980, 1137 en 1982 et 1080 en 1984) la répartition sur le territoire est hétérogène

avec une concentration de cas :

- sur le Maroni 543 sur 2690 personnes en 1984 dont 458 sur le moyen Maroni
- sur le Haut Oyapock 137 sur 1842 habitants
- sur le littoral 306 sur 30 402 habitants
- dans l'Ile de Cayenne 92 sur 38 096 habitants

Les ethnies impliquées sont essentiellement les Brésiliens à l'Est (Camopi, Crique Sikini) qui sont porteurs de *plasmodium vivax* et les Surinamiens et les Bosh à l'Ouest notamment sur le moyen Maroni ; ils passent très souvent le fleuve et migrent volontiers au moment des fêtes dans la région de Tapanahony ; ils réintroduisent du *plasmodium falciparum*. On peut craindre le pire à cet égard à la suite de l'afflux de réfugiés surinamiens depuis la fin de 1986. Cayenne elle-même serait exempte de paludisme du fait de l'éradication de l'anophèle.

#### d) la tuberculose.

En régression jusqu'en 1979, elle amorce un redémarrage avec un doublement de l'incidence de 1979 à 1981 passant de 47 pour 100 000 à 98 pour 100 000. Plus que l'amélioration du dépistage, c'est surtout l'immigration qui est en cause avec 70% des cas déclarés en 1983. En 1982 sur 91 nouveaux cas on dénombrait 42 Haïtiens, 10 Brésiliens, 8 Saint Luciens, 3 Chinois, 1 Guyanien.

La part représentée par les Haïtiens a tendance à augmenter passant de 35% en 1980 à 46% en 1983 alors que pour les Brésiliens le taux reste stable aux alentours de 11%. Une des façons de contrôler ce problème majeur est le dépistage systématique (la radio pulmonaire fait partie des examens nécessaires à l'obtention du visa médical) et la délivrance d'une autorisation seulement provisoire de séjour tant qu'il y a risque de contagion, l'attestation définitive n'étant délivrée que lorsque le dispensaire anti-tuberculeux signale que le malade est guéri.

#### e) la lèpre.

Elle n'est pas liée à l'immigration et son incidence a diminué



ces dernières années pour se stabiliser à environ 25 nouveaux cas par an dont plus de la moitié chez des enfants Guyanais.

**f) les maladies sexuellement transmissibles.**

Les chiffres sont ceux du dispensaire anti-vénérien mais un biais de recrutement existe, car les étrangers y sont sur-représentés, les Guyanais se confiant plus facilement aux médecins libéraux qui ne transmettent pas toujours les informations aux dispensaires. On assiste à une diminution de la syphilis et de la gonococcie et à une augmentation des chlamydiae, ce qui est le profil international de l'évolution des MST.

	1982		1984
GONOCOCCIE :	828	:	572
SYPHILIS :	199	:	139
CHANCRE MOU :	164	:	17

En 1982, près de 70% des consultations au dispensaire étaient le fait d'étrangers : Haïtiens 24,8%, Brésiliens 4,37%, Surinamiens et autres "Anglais" 5,98%, Saint Luciens 1%, prostituées Dominicaines et Colombiennes 33,10%.

**g) le SIDA.**

Depuis l'individualisation de cette pathologie une vingtaine de cas ont été recensés et traités au Centre Hospitalier de Cayenne, pour la quasi totalité des Haïtiens, le plus souvent déjà connus du dispensaire de dermato-vénérologie pour des affections diverses. Une publication du New England Journal of Medicine de Novembre 1984 fait état de la recherche d'anticorps anti-LAV/HTLV3 chez les immigrés Haïtiens en Guyane Française. Sur 211 sérums analysés 15 furent positifs, soit 7,1% pour LAV/HTLV3. Ces 15 sérums furent testés avec une 2ème méthode plus spécifique, le Western Blot et 6 de ces 15 sérums furent retrouvés positifs. Les résultats sont les suivants : pour moitié d'hommes et de femmes de 26 à 38 ans arrivés

en Guyane depuis 2 à 9 ans, ce groupe d'âge correspondant aux populations haïtiennes présentant le SIDA aux USA ou en Haïti. Il semble s'agir pour l'instant en Guyane d'une pathologie d'importation.

#### **h) l'Hypertension artérielle.**

Quand on parle de pathologie chez les immigrés le problème de l'hypertension est très rapidement soulevé, si bien qu'une enquête menée par l'AMESPEC se penche sur l'épidémiologie de l'hypertension. Cette hypertension frappe beaucoup les Haïtiens. Deux facteurs importants interviennent dans la survenue de l'hypertension chez les Haïtiens à leur arrivée :

- alimentation salée et augmentation de la quantité de nourriture avec prise de poids.
- l'instabilité matérielle et les problèmes sociaux occasionnant des stress.

Cette pathologie, fréquente, représente 19% des consultations du dispensaire polyvalent. Les effets nocifs de cette hypertension artérielle sont essentiellement manifestes lors des grossesses avec des problèmes de dysgravidie ; plus de 40% de la mortalité en 84 sont dûs à l'hypertension artérielle.

En fait ce problème ne serait pas l'apanage des seuls Haïtiens mais bien de l'ensemble de la communauté noire dans les Caraïbes ; la prépondérance des complications de l'HTA chez les Haïtiens fait intervenir d'autres facteurs, socio-économiques entre autres, et le mauvais suivi médical des grossesses.

#### **i) pathologie digestive.**

Outre les parasitoses digestives, des plaintes somatiques se rapportent à cet appareil ; il s'agit ici aussi de sujets Haïtiens. La symptomatologie d'appel est essentiellement faite d'épigastralgies. Au Centre Hospitalier de Cayenne, 7 endoscopies digestives hautes sur 10 faites pour douleurs épigastriques révèlent un véritable ulcère. L'explication donnée à cette fréquence chez les Haïtiens se rapporte à leur mode de vie : 1 à 2 repas par jour seulement et surtout l'état de stress, déjà signalé à propos de l'hypertension artérielle.

**j) problèmes psychiatriques, alcoolisme et toxicomanie.**

D'une manière générale le recours à l'institution psychiatrique n'est pas très usité mais des spécificités ethniques existent.

- les Brésiliens ont peu de problèmes de communication car ils acceptent de parler, d'exprimer les symptômes sans réticence, malgré l'existence de problèmes linguistiques. La pathologie est peu différente de celle qui est connue des psychiatres et souvent le déprimé vient de lui-même à la consultation.

- il en va tout autrement pour les Haïtiens : ils arrivent à l'Hôpital ou en consultation quand le milieu ne peut plus les supporter, quand les autres moyens sont épuisés, essentiellement pour des troubles du comportement. Les problèmes de communication sont réels et grands, avec une absence d'expression du symptôme : on se heurte à un blocage, au refus de livrer ce qui est ressenti. Par exemple le médecin se rend compte à son comportement que le malade est halluciné mais rien ne passe au niveau du discours.

Il est très difficile d'obtenir l'identité du patient malgré le grand nombre de visites, les réponses étant stéréotypées "Mo pa savé". L'entourage est réticent pour livrer quoique ce soit. Le psychiatre observe des épisodes de catatonie "bizarres", de durée variable (8, 15 jours ou plus) sans modification de comportement du sujet malgré l'emploi de diverses thérapeutiques anti-dépressives, ou neuroleptiques... Au bout du compte devant l'échec des traitements, il est dit au malade que le traitement est fini et qu'il peut sortir : il s'en va alors, semble guéri, et il reprend ses activités. Certains problèmes psychiatriques surviendraient surtout au cours du mois qui suit l'arrivée des grands adolescents que les familles ont fait venir plus ou moins sans leur accord. La magie est évoquée à demi-mot, mais le sujet demande une vaste enquête où la psychiatrie des Haïtiens de Guyane serait confrontée à la psychiatrie Haïtienne et aux modes d'expression de la maladie physique et mentale en Haïti. Il y a très peu de tentatives de suicide chez les immigrés, comme, d'une façon générale dans l'ensemble du recrutement du secteur psychiatrique.

Dans les autres catégories ethniques le tableau est différent :

- les Chinois présentent très peu de problèmes psychiatriques
- chez les Boni-Bosh (donc non immigrés) : on relève assez souvent chez les jeunes de 16 à 25 ans des troubles du comportement à type de bouffées délirantes mettant en danger l'entourage.
- chez les Guyanais les bouffées délirantes seraient très nombreuses mais avec un pourcentage d'entrées dans la schizophrénie très bas. Le délire est "facile", mais la destruction beaucoup moins. Il y a peu de névroses, la pathologie est essentiellement hystérique, théâtrale, bruyante, réagissant très bien aux neuroleptiques mais de façon différente de la Métropole. Par exemple, alors que le Piportil reste sans effet, le Modécate a de très bons effets thérapeutiques et est parfaitement bien supporté.

Les Métropolitains anciennement installés auraient des comportements psychiatriques analogues à ceux des Guyanais.

. Les toxicomanies : la marijuana est utilisée chez les adolescents et les immigrés. Les drogues dures, cocaïne, héroïne, sont d'apparition récente et l'apanage des familles bourgeoises de Cayenne et des Métropolitains.

. L'alcoolisme : d'une manière générale il s'agit d'un alcoolisme "jusqu'au boutiste" au tafia, occasionnant très peu de cirrhoses mais surtout des problèmes neurologiques (polynévrite, démence) et ce, dans des délais courts. Les Haïtiens, unanimement, sont reconnus comme sobres alors que les Brésiliens ont une réputation de grands buveurs, le week-end surtout, avec troubles du comportement à type de violence. A l'hospitalisation, on trouve alors des alcoolémies à 3-4 g.

#### **k) Grossesse et petite enfance.**

Plus de 40% des nourrissons en Guyane sont d'origine étrangère.

- les grossesses : les grossesses à risques sont essentiellement le lot des Haïtiennes, le risque étant dominé par l'hypertension artérielle gravidique. En 1982 sur 686 femmes suivies en PMI, on observe 372 accouchements dont 43% de Haïtiennes, 29% de Françaises, 16% de Brésiliennes.

Chez les Haïtiennes :

- 16% des femmes sont hypertendues,
- 28% des accouchements sont anormaux,
- 8% de mort in utero,
- 9% de retard de croissance intra-utérin (RCIU),
- 13,7% de prématurité.

Toutes ces proportions sont nettement plus élevées que dans les autres catégories ethniques, à l'exception de la prématurité qui chez les Marrons atteint 14,7 %. Au total 10 % des Haïtiennes donnent naissance à un enfant qui décèdera dans la période péri-natale. On observe chez elles des primipares parfois âgées (27-28 ans) au contraire des autres ethnies.

Chez les Brésiliennes, les problèmes liés à la grossesse sont dominés par le jeune âge des parturientes, leur grande multiparité et leur moins bonne observance du suivi de la grossesse.

. L'allaitement : Une différence significative existe à ce niveau entre Brésiliennes et Haïtiennes. Chez les Brésiliennes l'allaitement est prolongé souvent au-delà de 1 an alors que chez les Haïtiennes l'allaitement est très précocement mixte (sein + biberon).

Diverses raisons sont évoquées :

- les Haïtiennes travaillent plus souvent que les Brésiliennes, donc elles ont des problèmes pour l'allaitement au sein.
- les grossesses pathologiques sont plus fréquentes chez les Haïtiennes et nécessitent souvent la séparation de la mère d'avec son enfant à la naissance pour cause de soins maternels ou infantiles nécessitant alors l'utilisation du biberon.
- il s'agirait d'un changement de comportement par rapport à Haïti ; l'allaitement mixte ou au biberon serait investi d'un caractère de promotion sociale, de mentalité "petite bourgeoise" (disent les Haïtiens), l'allaitement au sein se faisant parfois jusqu'à 2 ans en milieu rural en Haïti.

Cet allaitement artificiel n'est pas sans poser des problèmes car le manque de revenus amène les mères à diminuer le nombre des

mesurettes de lait par biberon (étant donné son prix) et à augmenter celui de farine. Le problème de l'eau ne serait pas capital, les mères achetant volontiers celle-ci dans le commerce et stérilisant convenablement les biberons, mais la fréquence des diarrhées et de la déshydratation demeure.

. Contraceptions-IVG : les Brésiliennes sont plus informées en matière de contraception et plus sérieuses dans le suivi. Leur demande est explicite. Au contraire, les Haïtiennes sont réticentes envers la contraception, notamment pour les dispositifs intra-utérins qu'elles font souvent enlever.

### III - ROLE DES MIGRATIONS DANS LA MODIFICATION DU PAYSAGE EPIDEMIOLOGIQUE

Les risques pour la santé des Guyanais sont un des griefs formulés à l'adresse des immigrés, au côté de l'emploi, de l'habitat, du nombre et de l'insécurité, mais il ne semble pas prévaloir.

Castor et Othily reprochent pêle-mêle à "l'immigration frauduleuse la diffusion de germes pathogènes de toutes sortes, principalement du paludisme, mais également des maladies vénériennes, de la lèpre, de la fièvre jaune et de la tuberculose... Elle met en jeu la santé même de la collectivité Guyanaise"(1984).

L'analyse des faits suscite quelques nuances face à ces affirmations.

a) La lèpre, nous l'avons vu, diminue au fil des années et la majorité des lépreux dépistés sont des enfants Guyanais ou des noirs marrons, Boni et Saramaca.

b) La fièvre jaune : la couverture vaccinale est excellente et actuellement 40 à 50 vaccinations ont lieu par semaine. Le vaccin aurait une efficacité réelle de 30 ans et non de 10 ans (durée légale). En conséquence de quoi, l'immunité collective est suffisante pour empêcher le développement d'une épidémie. D'autre part, il faut savoir

que si le réservoir et le cycle existent théoriquement en Guyane, le virus n'y a jamais été retrouvé. On note un seul cas de fièvre jaune ces dernières années, en 1984 chez un Surinamien.

c) Nous voulons dire un mot du SIDA qui en Métropole est un sujet très débattu. En Guyane, bien que les Haïtiens soient particulièrement atteints, rien ne leur est reproché pour l'instant. Par contre, les médias, informés des cas hospitaliers, ont voulu faire une émission à ce sujet ; des médecins de la DASS et des hospitaliers fin Septembre 1985 ont dû s'y résoudre. Certains thèmes populaires (au Carnaval) associent parfois le SIDA aux Haïtiens.

#### d) Le problème du paludisme.

L'incidence croissante du paludisme est plurifactorielle . des facteurs migratoires : sur le Maroni, les mouvements de population Bosh passant de Guyane Française au Surinam vers le Tapanahony à l'occasion des fêtes et l'entrée des Surinamiens conduisent à une réintroduction permanente de plasmodium falciparum car au Surinam la lutte anti-paludique est mal conduite. Des conventions ont été passées entre ce pays et l'Institut Pasteur (chargé de la lutte anti-paludique en Guyane) afin que ce dernier assure la lutte sur le côté Surinamien et sur les îles du Maroni.

De l'autre côté, sur l'Oyapock, ce sont les mouvements de populations brésiliennes qui réalimentent le réservoir à plasmodium vivax, du fait des voyages, mais aussi du travail car nombre de Brésiliens sont orpailleurs, travaillent en forêt et sont réinfestés ; on dit chez les Brésiliens" qu'on ne peut pas avoir de l'or sans la malaria".

. d'autres facteurs parasitologiques interviennent :

- résistance des plasmodiums de type I, II et III à la chloroquine selon les souches ;
- difficulté d'assurer une prophylaxie collective chez les Noirs à cause des problèmes relatifs au déficit en G6PD ;
- difficulté de la lutte anti-vectorielle étant donné l'étendue du territoire.

. des facteurs environnementaux : si l'anophèle n'existe plus à Cayenne, par contre les autres communes de l'île de Cayenne surtout Rémire-Montjoly (avec 4,50% de paludisme en 1983 contre 0,68 pour Cayenne) en patissent. Cela est dû en partie à la persistance de marécages dont l'origine se trouve à la fois dans le mauvais entretien de la crique Cabassou et de la crique Fouillée et à l'envasement de l'embouchure du Mahury.

Les Haïtiens n'interviennent pas de façon déterminante dans l'épidémiologie du paludisme ; si certaines ethnies sont impliquées, toutes ne sont pas immigrées (exemple les Bosh) ; d'autres facteurs écologiques ou parasitologiques occupent une grande place.

#### **e) Les maladies sexuellement transmissibles.**

Le développement des MST a été parallèle non seulement à l'accroissement des flux de populations immigrées mais à celui des moyens de transports : bac de Saint Laurent en 1972 avec ouverture de la route vers le Surinam, trafic aérien d'importance croissante. Les chiffres INSEE sont les suivants :

- en 1971, 299 maladies dépistées
- en 1974, 592 maladies dépistées
- en 1977, 863 mais il s'agit d'une augmentation des moyens de dépistage et non de la maladie
- en 1981, 775 maladies dépistées dont 77 syphilis.

Les chiffres publiés par l'ORSG aux Journées d'Information sur la santé en Guyane donnent des chiffres un peu discordants :

- 1981 : 1 059 maladies dépistées dont 143 syphilis
- 1984 : 737 maladies dépistées.

Les années record pour la gonococcie ont été 1978 et pour la syphilis 1975, donc bien avant l'arrivée massive des immigrés. Par ailleurs, si la prostitution est importante chez les étranères (Colombiennes, Dominicaines), celles-ci viennent spontanément aux consultations de vénérologie alors que des autochtones pratiquant la prostitution échappent à ces contrôles et sont plus à même de transmettre les MST. Le dépistage sérologique de syphilis ne montre pas de différence



significative dans les populations Guyanaïses et Haïtiennes, avec des chiffres équivalents de 10% de réactions positives, où sont enregistrées également d'autres tréponématoses peu pathogènes.

## CONCLUSION

-o-

C'est dans une double dynamique que prennent place les problèmes de santé des migrants :

- l'immigration en elle-même est à l'origine d'une mobilité tant physique que culturelle (changement de comportement, de rôles, d'attitudes...) qui va conditionner la santé des migrants (habitat, emplois et revenus, conditions de vie...);
- la société d'accueil est soumise à une double transformation (sociale du fait de l'immigration massive et politique par le biais de la décentralisation) qui conditionne l'offre des services sanitaires.

Dans cette situation de changement, de choc, il faut préciser la demande des secours, les réponses à cette demande et les transformations de cette demande et de cette réponse face à ces chocs.

La résolution des problèmes de santé va certes dépendre de cette double dynamique mais aussi de la manière dont les migrants vont essayer de résoudre leurs problèmes à l'intérieur de celle-ci, cette manière dépendant elle-même des représentations qu'ils se font de la maladie et de la santé.

A partir des données recueillies, plusieurs points méritent attention :

1) les maladies sexuellement transmissibles et la population immigrée : ce problème répond à une attente des responsables de la santé dans ce domaine et mérite des enquêtes suivies.

2) les problèmes psychiatriques chez les Haïtiens : de toute évidence, la psychiatrie traditionnelle bute sur une symptomatologie inhabituelle dont pourrait rendre compte une étude comparative de la psychiatrie en Haïti et en Guyane Française en rapport avec les

soins traditionnels. En clair : l'expression psychiatrique en Haïti et en Guyane est-elle la même ? Si oui, que faire en Guyane Française pour pallier l'incompréhension de la symptomatologie ? Si non, la différence est-elle à mettre sur le compte de l'immigration elle-même (stress, pathologie d'adaptation...) ou sur la carence, dans la migration, des recours traditionnels, qu'il s'agisse de pratiques proprement thérapeutiques ou de formes spécifiques d'intégration sociale (famille, religion).

3) Les différences notées en matière de santé (auto-médication, recours aux structures sanitaires, pratiques médicales populaires...) entre Brésiliens et Haïtiens peuvent-elles servir d'indicateurs d'intégration dans la société d'accueil ? Comment fonctionne dans chaque groupe le quotidien de la maladie ? Les Haïtiens qui ont subi une coupure géographique nette ont-ils moins que les Brésiliens des contacts avec leurs pays d'origine, et cela les conduit-il à des demandes plus nombreuses, plus diverses et plus importantes envers les structures médicales de Guyane ? Quelle est la part de la pathologie, dans ces demandes, et la part d'une médicalisation des problèmes sociaux ?

4) Comment la société guyanaise est-elle équipée pour recevoir ces demandes, dans son intérêt comme dans celui des migrants ? Equipement matériel et sanitaire, mais aussi équipement idéologique, culturel, social, et c'est la tâche d'une anthropologie de la santé d'y contribuer.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

-o-

- . CASTOR F. et OTHILY G. 1984. La Guyane : les grands problèmes, les solutions possibles. Ed. Caribéennes.
- . GAZZOLO, GESSAIN, ROBIN Antibodies to HTLVIII in Haïtian immigrants in French Guiana. 1984. New England Journal of Medicine 19.
- . GENTILINI M., BRUCKER G., DE MONTVALON R. 1986. La santé des Migrants Doc. Française, 69 p.
- . ORSG, 1984.
  - . Journées d'information sur la santé en Guyane 18.6.85.
  - . Mortalité périnatale en Guyane

. PREFECTURE DE LA GUYANE

- . Coûts et avantages de l'immigration en Guyane, Juin 1982
- . Immigration. Commission Santé 1983.

. RAVEAU F. 1985. Migrations et postérité : Cahiers d'anthropologie III : I-IV.

. STROBEL, LE FAIT, DEDET. 1985. Paludisme à *P. Falciparum* chez les Amérindiens WAYANA de Guyane Française. Médecine et maladies infectieuses.

On consultera en outre les travaux publiés dans le cadre du même programme ("Habitat, démographie et santé chez les Haïtiens immigrés en Guyane française"). Celui-ci est conduit par le laboratoire d'écologie humaine de l'Université d'Aix-Marseille III (ER 221 du CNRS) en collaboration avec l'ORSTOM (UR B5). Il est financé par la CORDET (projet B 71), avec l'appui du CREAC, Institut d'Etudes Politiques d'Aix-en-Provence.

1) J.L. BONNIOL, C. GORGEON et B. CHERUBINI, 1985, Immigration et urbanisation en Guyane, 112 p., rapport polycopié.

2) B. CHERUBINI 1985. L'évolution des relations interethniques en Guyane, Dossiers de l'outre-mer 81 : 95-103.

3) B. CHERUBINI, 1985. L'espace du désordre : anthropologie de l'agression et de la violence dans la ville de Cayenne. Equinoxe 20 : 23-52.

4) C. GORGEON, 1985. Gestion urbanistique d'une immigration : le cas de l'île de Cayenne, 355 p. Thèse, Institut d'Aménagement régional, Aix-en-Provence.

5) C. GORGEON, 1985. La rénovation du quartier "Digue Leblond" à Cayenne. Dossiers de l'outre-mer 78-79 : 108-115.

6) C. GORGEON, 1986. La communauté brésilienne en Guyane. Dossiers de l'outre-mer 85 : 44-49.

7) P. BROUSSE, 1986. Santé et immigration en Guyane, 80 p. rapport polycopié.

8) H. DOMENACH et M. PICOUET, 1986. Emigration haïtienne en Guyane Française, 11 p.

9) B. CHERUBINI, 1986. Anthropologie de la ville de Cayenne, 450 p. Thèse, anthropologie, Université d'Aix-Marseille III.

10) B. CHERUBINI, 1986. De l'intégration économique à l'intégration culturelle : le modèle guyanais. Dossiers de l'outre-mer 85 : 3-14.

11) B. CHERUBINI, 1986. Dynamique de l'ethnicité et identité culturelle à Cayenne, M.S.H. d'Aquitaine, Bordeaux 72 p.

12) H. DOMENACH. L'émigration composante endogène de la transition démographique ? Le cas des pays du Bassin caraïbe. Journées Démographiques de l'ORSTOM. Paris, Septembre 85. Editions ORSTOM, pp. 333-352.

## RESUME

--

L'immigration massive en provenance d'Haïti suscite en Guyane des inquiétudes quant aux problèmes de santé publique qui peuvent en résulter. Une enquête effectuée dans le cadre d'un programme plus large sur cette immigration montre que les questions les plus aigues se posent à un autre niveau. Elles relèvent moins de la pathologie que des difficultés d'ajustement des migrants aux structures en place. Cela se traduit par des dysfonctionnements dans la prise en charge économique des soins, et par des problèmes de communication entre soignants et soignés. Préludant à une recherche anthropologique dans ces domaines, cet article en identifie les thèmes prioritaires.

## SUMMARY

--

Massive immigration from Haïti raises in French Guiana some concern and anxieties relative to the problems of public health that may result from it. An inquiry carried out within the framework of a broader program on this immigration shows that the most serious questions are asked at another level. They are less relative to pathology than to the immigrants' adjustment to existing structures. This results in disfunctionings in the undertaking of reimbursement of medical expenses and in problems of communication between medical staff and patients. Preceding anthropological research in this field, this article identifies the priority themes.

---